

A neurózis fogalmának rehabilitációja

Tringer László dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

A XX. század 80-as éveitől a neurózisfogalom használata fokozatosan kiszorul a szakirodalomból és a mindennapi gyakorlatból. Ehelyett a DSM-III és újabb átdolgozásai, valamint ICD-10 kategóriái mennek át a köztudatba. A szerző sorra veszi e radikális átalakulás előnyeit és hátrányait. Megállapítja, hogy nem csupán egy szűkebb szakterület belső problémájáról van szó. A diagnosztikai gondolkodás átalakulásának folyamatát egy tágabb társadalmi-kulturális keretbe helyezi. A dekonstrukció kifejezés találón írja le azt a folyamatot, amelynek következtében a nagy, átfogó, egész kategóriák fokozatosan átadják helyüket a valóság apróra bontott részelemeinek. A dekonstrukció a középkori európai filozófia „univerzália vitáját” idézi fel, vagyis, hogy az általános fogalmaknak van-e és mennyiben van valóságos léttartalmuk. A neurózis, mint átfogó kategória, amely a pszichiátriai (és egyéb) betegek sokaságára jellemző, heurisztikus értékkel bír, amennyiben új tartalommal (antropológia, ontológia) töltjük fel. Orv. Hetil., 2012, 153, 1327–1333.

Kulcsszavak: neurózis, neurotikus zavarok, klasszifikáció, orvosi filozófia

Rehabilitation of the concept of neurosis

The use of the term “neurosis” has been gradually pushed out from the medical literature and from the everyday practice since the eighties of the last century. Instead, the categories of DSM-III, and its new versions, and those of the ICD-10 have become commonly used. The author analyses the advantages and drawbacks of this radical change. He points out that it is not merely the problem of the medical profession. Transformation of the way of diagnostic thinking has been put into a broader social and cultural context. The expression “deconstruction” describes appropriately the process when comprehensive, entire categories resign to small sliced parts of reality. The deconstruction recalls the “Universalial-dispute” of the Middle Ages, namely the question whether the general concepts have real existence, and to what extent. The term “neurosis” as a comprehensive category, which is characteristic of many patients, it has a heuristic value if it is filled up with new contents (anthropology, ontology). Orv. Hetil., 2012, 153, 1327–1333.

Keywords: neurosis, neurotic disorders, classification, medical philosophy

(Beérkezett: 2012. június 6.; elfogadva: 2012. június 28.)

A szerkesztőség felkérésére készült közlemény.

A neurózis fogalmának rövid története. A maradék

A „neurosis” fogalma *William Cullen* skót orvos alkotása. 1769-ben megjelent könyvében a betegségeket az akkoriban felvirágzó növényrendszertan mintájára próbálta osztályozni (*Synopsis nosologiae methodicae*, Edinburgh). Négy nagyobb betegségkategóriát állított fel: a lázak, a cachexiák, lokális betegségek és a neurózi-

sok. Utóbbi csoportba olyan állapotokat sorolt, amelyek – az akkori elképzelések szerint – az „idegenergia” hiányára vagy esetleg túltengésére lettek volna visszavezethetők. A XIX. század végén *Kraepelin* kidolgozta a pszichiátria első – máig is ható – rendszertanát, amely a pszichózisokat egyértelműen elhatárolja a neurózisoktól. A hagyományos („klasszikus”) neurózisformákat a múlt század második felében, illetve a XX. század elején írták le. Ezek a „hysteria” (Briquet, Charcot),

a „neurasthenia” (Beard, 1869) és a „psychasthenia” (Janet, 1909). Mint látjuk, a két utóbbi fogalom az „asthenia” kifejezést használja. Tovább él tehát az a gondolat, hogy itt valamilyen „erőről” vagy „energiáról” van szó, amelynek megfogyatkozása vagy hiánya e betegségeket meghatározza.

Az energiametafora jellemzi Freud neurózistanát is. Az „energia” elképzelés még manapság is erőteljesen jelen van a közgondolkodásban. Erre utalnak a „bioenergia” szóhoz kapcsolható tanok és gyógyeljárások vagy az „energiát” ígérő készítmények sikerei. Az idők folyamán a neurózis fogalma egyre szűkülte, újabb és újabb csoportok hasadtak le és váltak önálló kategóriává. Az orvostudomány XX. századi fejlődése során a neurózis maradványfogalomként vált. Neurózis az, ami

- nem az idegrendszer szervi elváltozására vezethető vissza,
- nincs egyéb szervi eltérés sem,
- nem elmebetegségről van szó.

A negatív kritériumok alapján történő diagnosztizálás az orvosi gyakorlatba is átment. Rengeteg felesleges (és költséges) vizsgálat történik annak érdekében, hogy a neurózisok esetén feltételezett szervi betegségeket kizárják.

Módszer

A tanulmány jelentős részben irodalomkutatáson alapul. A szerző a Medline elektronikus irodalomkereső alapján 1980-tól napjainkig áttekinti a „neurosis”, „neurotic disorders” és „neuroticism” címszó alatt publikált áttekintő, metaanalitikus tanulmányokat. Ennek alapján nyomon követi a korábbi „neurosis” diagnózis alatt megjelenő kórállapotok újabb keletű megnevezéseit. A folyamatot párhuzamba állítja a filozófiatörténet olyan jelentős fejezeteivel, amelyekben a fogalmak értelme, jelentése, értelmezése állt előtérben. A jelen tanulmány részben a szerző saját, fél évszázados tapasztalataira és megfigyeléseire is támaszkodik.

A neurózisokkal kapcsolatos egyes epidemiológiai adatok

Dacára annak, hogy a neurózis diagnózisa még napjainkban is inkább kizárásos alapon születik meg, a betegség gyakorisága a lakosság körében a különböző felmérések szerint 15–30%. Az eltérő adatok az alkalmazott diagnosztikai kritériumok szigorúságától függenek. Juhász Budapest VIII. kerületében és egy kelet-magyarországi kis faluban 35% körüli prevalenciát mutatott ki [1]. A hetvenes évek végéig „neurózis” címszó alatt hatalmas kutatási anyag halmozódott fel. Elég, ha csak Eysenck [2] vagy a mannheimi iskola munkásságára utalok (Schepank) [3]. Az újabb diagnosztikai kategóriák alapján végzett epidemiológiai vizsgálatok alapján a ko-

rábbi neurózis jelentős részben a „depresszió” címszó alatt jelenik meg.

A neurózisfogalom hanyatlása

A neurózis feletti lélekharangot először Knoff „húzta meg”, amikor 1969-ben, Cullen könyve megjelenésének bicentenáriuma előadását tartott az orvosi gondolkodásnak a neurózisokkal kapcsolatos fejlődéséről [4].

Az orvosi kutatások, ezen belül a pszichiátria nemzetközivé válása olyan betegségrendszeren kidolgozását tette szükségessé, amely országok közötti összehasonlításra alkalmas, és a betegek egyértelmű besorolását teszi lehetővé. Az új rendszernek logikája szerint a neurózis hagyományos fogalma ennek a követelménynek nem felel meg, mert:

- nincsenek egyértelmű diagnosztikai kritériumai,
- a fogalomhoz elméletek, „ideológiák” kötődnek,
- a „neurózis”, „neurotikus” megjelöléshez negatív értékítélet tapad [5].

A neurózis megjelenése új neveken.

A történet 1980-tól

A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) újabb változatai a neuróziskategóriát alig vagy egyáltalán nem használják, legfeljebb jelzős alakban. Az Amerikai Pszichiátriai Egyesület (APA) osztályozási rendszertana 1980-as kiadásától már csak gyűjtőfogalomként, a DSM-IV (1994), illetve ennek átdolgozott változata (DSM-IV-TR, 2000) pedig már egyáltalán nem említi a „neurosis” kifejezést.

A neurózisfogalom „bukásához” nem csupán e fogalom problematikus volta vezetett. A 60-as évektől rohamos fejlődésnek induló pszichofarmakológiai ipar számára a neurózisok területe szinte kimeríthetetlen piacot jelent. E piac azonban csak akkor felvevőképes, ha „rendezett”, kielégíti a tudományosság mindenkori igényeit. A neurózisfogalom örökösei közül egyesek fényes karriert futottak be. A tömegtájékoztatásnak is köszönhető, hogy például a pánikbetegség viharos gyorsasággal ismertté vált. Ugyanígy vándorolnak át más, például testi, hypochondriás panaszokkal küszködő, orvosai idegeit igénybe vevő idült neurotikus betegek a depresszió kategóriába, amely sokkal szalonképebb, elfogadottabb. A „neurózisra” általában nincsen specifikus gyógyszer, a depresszióra viszont már van. 1980 előtt a leggyakoribb pszichiátriai diagnózis a „neurotikus depresszió” (vagy depresszív neurózis) volt. Ma ezek a betegek nagyrészt a „dysthymiás zavar” kategóriában jelennek meg, s így az affektív kórképek csoportjába tartoznak [6].

A neurózisok utódkategóriái, ezek személyiségváltozásai intenzív kutatások tárgyát képezik.

A neurózis egyik „utóda”: a neuroticizmus

A „neurosis” kifejezés ugyan alig fordul elő az elmúlt két-három évtized irodalmában, a „neuroticizmus” azonban gyakran szerepel. Az elektronikus szakirodalom-kereső „neurózis” címszó alatt alig talál adatot. A „neuroticizmus” kifejezés mögött viszont hatalmas mennyiségű kutatómunka jelenik meg.

A neuroticizmussal kapcsolatos kutatások egyre inkább a személyiségi tényezőket (és a mögöttes genetikai faktorokat) helyezik előtérbe. A neurotikus tünettan ugyanis korántsem meríti ki a neurotikus jelenség lényegét [7].

A neurotikus idegrendszer úgy reagál, mint a túlérzékenyre állított riasztóberendezés. Veszélyt jelez és riaszt idő előtt, illetve veszélyt nem jelentő szituációkat is veszélyként érzékel. A „riasztóberendezés” érzékenységet a neuroticizmus fogalma fejezi ki, amelyet pszichometriai szempontból személyiségdimenzióként értelmezünk. A fenomenológiailag koncipiált neurózissal kapcsolatos vizsgálatok ilyen módon a neuroticizmus kutatásban élnek tovább. A fogalom lényegében az eredeti, Eysenck-féle koncepcióra nyúlik vissza [8, 9]. A neuroticizmus nem mint orvosi diagnózis, hanem mint mentális kockázati tényező értelmezhető. E tekintetben a pszichiátria követi az orvostudomány egészének fejlődését. A szomatikus orvoslás területén is egyre inkább a kockázati tényezők kerülnek előtérbe (lásd például a szív- és érrendszeri betegségeket).

Biológiai értelemben a neuroticizmust úgy fogjuk fel, mint a negatív emocionális reakciókra való hajlam mértékét, amely a környezeti (fenyegetettségként, frusztrációként, veszteségként megélt) eseményekre következik be. A magas fokú neuroticizmussal jellemezhető egyének – anélkül, hogy klinikailag betegek lennének – ingerlékenyek, sértődékenyek, szorongóak, aggódóak, szomorúak stb. Önértékelésük alacsony szintű (negatív önkép).

A neuroticizmus mérőszámai az életkor folyamán némi változást mutatnak. Egyazon személynél értéke fiatal felnőttkorban a legmagasabb. Nők esetében valamivel magasabb tesztértékeket kapunk. Sikeres pszichoterápiás beavatkozás is módosíthatja a neurotikus reakciókra való hajlamot, elsősorban azért, hogy az implicit memória részét képező kognitív minősítőrendszer negatív hangoltságát befolyásolja. (Az implicit memória részét képezik alapvető beállítódásaink, viszonyulásaink is.)

A neuroticizmus nem csupán más mentális kórképekkel van szoros korrelációs kapcsolatban (például depressziók). Szoros kapcsolat mutatkozik a neuroticizmus és a személyiségzavarok között is [10]. Egy jelentős tanulmány megállapítja, hogy a neuroticizmus mutatói különösen a határeseti („borderline”), az elkerülő és a dependens személyiségzavarral mutatnak szoros kapcsolatot [11]. Várható éppen ezért, hogy a DSM-V, elő-

készítés alatt álló változata figyelembe veszi a személyiség faktoriális elemzését, három vagy akár öt faktornak dimenzióként való felfogásával. Ezek között a neuroticizmus biztosan szerepet fog játszani. Vagyis a neurózis klasszikus koncepciója, a neuroticizmus dimenzió révén újra szerepet kap a diagnosztikában [12].

A neuroticizmus szoros kapcsolatban van a fizikai egészség mutatóival is. Orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek (medically unexplained symptoms – MUS), irritábilis colon szindróma, cardiovascularis és más krónikus betegségek esetén a személyiség neuroticizmus-mutatói magasabb értéket adnak. Ebben az értelemben vizsgálják a neuroticizmusnak a népegészségügy egészében játszott szerepét, különösen annak költségvetésével együtt [13]. A neuroticizmus közegészségügyi jelentősége rendkívüli, mivel kockázati és prognosztikai tényezőként is szerepet játszik. Sőt a neuroticizmus úgy tekinthető, mint bizonyos testi betegségek prediktora. Magas fokú neuroticizmus esetén nemcsak a mentális betegségek, hanem a testi betegségek prognózisa is rosszabb. Nagymértékben növekszik az öngyilkossági kockázat is.

A neuroticizmus talaján megjelenő, diagnosztikailag nem differenciált állapotokat a szakirodalom újabban „általános mentális zavarok” (common mental disorders – CMD) néven foglalja össze. A CMD lényegében azonos a korábban általánosan használt neurózisfogalommal [14].

A neuroticizmus biológiai háttere

A nagyszabású Newcastle-Cambridge Study nagy anyagon többéves követés után a szorongásos és depressziós állapotokat pszichometriai vizsgálatok (többek között az Eysenck Personality Inventory – EPI) alapján egymástól elválasztható kategóriaként írta le [15]. Számos nagyszabású vizsgálat azonban egy „general neurotic syndrome” mellett foglal állást, mint például a Duncan-Jones-féle ausztráliai tanulmány. A variancia nagy részéért nem az aktuális életesemények, hanem személyiségi tényezők játszanak szerepet [16]. A legtöbb kutatás a neuroticizmusdimenziót egységes személyiségfaktor-ként értelmezi. A szakirodalom a neuroticizmus genetikai összetevőjét általában a variancia 50%-ában határozza meg. A maradék ötven százalék környezeti faktorokra vezethető vissza, amelyen belül az általános tényezők csak 5%-os szerepet játszanak. A többi az egyéni életút individuális adottságaiból vezethető le. Egészében tehát a genetikai és az egyedi élettörténetből fakadó adottságok interakciójával kell számolnunk [17].

A neuroticizmusnak számos biológiai mutatóval van kapcsolata. Egy olasz kutatócsoport a neuroticizmus és az interleukin-6 (IL-6) között szignifikáns összefüggést igazolt. A neuroticizmus eloszlásának legfelső decimálisát külön csoportként vizsgálva megállapították, hogy az IL-6-szint a személyek 40%-ánál megha-

ladta a klinikai határértéket. Az IL-6-hoz hasonlóan viselkedik egy másik gyulladásos paraméter, a CRP is. Az eredmények általában utalnak arra, hogy a magas fokú neuroticizmus alacsonyabb szintű egészségkilátásokat jelent, tehát önmagában egészségkockázat [18]. A személyiségtényezők és az egészségkockázat közötti összefüggések számos más vonatkozásban is kimutathatóak.

Gray londoni iskolája (Institut of Psychiatry) szerint a riasztórendszernek embernél és a fejlettebb állatoknál is közös idegrendszeri mechanizmusa van. Munkacsoportja patkányokon végzett genetikai vizsgálatokkal megállapította, hogy a riasztóérzékenység szempontjából fokozottan és kevésbé érzékeny törzseket el lehet különíteni. Az ötödik generációnál már a géneket illetően is egyértelműek a különbségek. (Patkányok ijedtségi reakcióit a defekáció és a motoros izgalom mennyiségével lehet mérni [19].)

Genetikai vizsgálatok a rágcsálókon nyert adatokkal azonos szintű örökletes meghatározottságot mutatnak ki. Ez megfelel más, komplex magatartási tendenciák örökletességi adatainak, azaz 25-30% körüli [20]. Mai ismereteink szerint ugyanígy a neuroticizmus is részben örökletesen meghatározott. Egyes génlocusok hatása azonban csekély, több szuszeptibilitásgén együttese eredményez kimutatható fenotípus-változásokat [21]. Többben a szerotoninreceptor-gén polimorfizmusát igazolták. Más vizsgálatok a szerotonin transzporter gén funkcionális polimorfizmusára mutatnak rá.

Összességében azonban a genetikai kutatások elmentmondó eredményeket szolgáltatnak. Munafó 80 tanulmányra kiterjedő metaanalízise alapján inkább azt állíthatjuk, hogy a neuroticizmus (állatokon az emocionális) változékonyságának nagy részéért nem genetikai hatások felelősek [22]. Amennyiben azonban a genetikai hatások az agy bizonyos régióin keresztül érvényesülnek (és nem még komplexebb módon), a limbicus rendszer, a hippocampusformáció, a septalis régió és a corticohippocampalis rendszer szerepe feltételezhető (Gray) [23]. A neuroticizmus hátterét elemző vizsgálatok egészében arra utalnak, hogy a környezeti hatások részben közvetlenül, részben környezeti-genetikai interakción keresztül oki tényezőként szerepelhetnek [24].

A neuroticizmus tehát mint személyiségvonás a szervezet „riasztórendszerének” korai reagálásával jellemezhető, amely általános egészségkockázati tényezőként vehető figyelembe. A klasszikus neurózisok lényegében ennek a tendenciának betegséggé való súlyosbodásai.

A neurózis további „utódkategóriái”

Azokat a kulcsfogalmakat nevezhetjük „utódkategóriáknak”, amely nevek alatt jelentős kutatási anyag halmozódott fel, és amelyek a „neurózis” gyűjtőfogalom alá sorolhatóak.

Egy ilyen utódkategória a *perfekcionizmus*. A személyiség perfekcionizmusa magas énídeált tételez fel, amely egyébként minden neurózis mélyén megtalálható. Hollender definíciója szerint a perfekcionista személy nagyobb teljesítményt vár el önmagától és másoktól, mint amit a helyzet megkövetel. A perfekcionizmus hátterének kutatása általában a szocializáció zavaraira utal. Saját vizsgálataink során a serdülő neurotikusok és szüleik perfekcionizmusa között szoros kapcsolatot állapítottunk meg [25]. A perfekcionizmus mérésére számos pszichometriai skálát használnak. Az ismert diszfunkcionális attitűd skála is tartalmaz egy perfekcionizmus-siker alskálát [26]. A perfekcionizmus-skálák egyébként magas korrelációt adnak a neuroticizmus mérőszámaival.

A *kényszeres tünetcsoport (OCD)* biológiai markereinek kutatása számos új eredménnyel szolgál. A genetikai kutatások a szuszeptibilitási gének szerepét mutatták ki. A szerotonintranszporter-mechanizmus szerepe nyilvánvaló. Képzelt eljárások segítségével kényszeres tünetek esetén az orbitofrontalis kéreg aktivitásának fokozódása észlelhető. Ugyanezen struktúrák fokozott működése mutatható ki szoros anya-gyerek kapcsolat vagy szerelmi kapcsolat esetén is. A kényszeres-rögeszmés tünetcsoport fennállása esetén szerepet játszó, a veszélyjelzésre reagáló mechanizmusok az evolúciós túlélés szempontjából nélkülözhetetlenek. A „keves számú” beteg az az evolúciós ár, amelyet – Feygin és munkacsoportja szerint – fizetni kell akkor, ha a mechanizmus túllő a célon [27].

A *poszttraumás stressz-zavar (PTSD)* a neurózisok egy másik, emblematisz utódja. A „nagy karriert befutó” – diagnózisként polgárjogot nyert – kategória egyre több kritikai elemzésnek tárgya. Farkas Mártával – igazságügyi pszichiátriai esetek elemzése kapcsán – kimutattuk, hogy a PTSD-kategória – megalkotása óta – fokozatosan inflálódik [28]. A fogalom a vietnami háborúból hazatért veteránok egészségügyi és kártérítési problémái kapcsán született. Bevezetésével egy fokozatosan tárguló traumakultúra uralkodott el, amely az élet egyre nagyobb területeit hódítja meg. Szakértők hada rohan minden balesethez, katasztrófához. A PTSD szinte elsőbbséget élvez más kategóriákkal szemben. Mint McHugh írja, a szakma túllihegte ezt a kérdést, és olyan gyakorlatot valósított meg, amely teret adott téves és hamis értelmezésekre, alaptalan kárigények érvényesítésére. A koncepció a traumára adott pszichés válaszok megértését inkább hátráltatja. Javasolják ezért a korábbi traumaelméletekhez való visszatérést [29]. A fogalom 1980-tól történő hivatalos bevezetése nemcsak a megértést, hanem a betegellátást és az igazságügyi pszichiátriai gyakorlatot is hátrányosan befolyásolta.

A neurózisfogalom kimúlását követően előbukkanó újabb és újabb kategóriák között különös helyet foglal el a „*medically unexplained symptoms*” (MUS) névvel leírt tünetcsoport, amelynek koncepciója, kutatása, hát-

terének kísérletes vizsgálata leginkább megközelíti a klasszikus neurózis fogalmát (egyben visszautal a „mardékelvre”, azaz arról van szó, amit orvosi értelmezési kereten belül „nem értünk”). Mint *Deary és munkatársai* áttekintő tanulmányából kiderül, a kutatások alapján a tünetcsoport hátterében genetikai, neurológiai, pszichobiológiai, immunrendszeri, személyiségi tényezőket lehet felderíteni. Emellett a figyelmi funkciók, az attitűdök, szociális és interperszonális tényezők is szerepet játszanak. Egy ennyire komplex jelenség nyilvánvalóan a személy egészét érintő zavar [30]. A személyiségi faktorok közül a klasszikus neuroticizmus a legjelentősebb. A tünetcsoportra jellemző a szomatikus szignálok iránti fokozott veszélyérzet. A kórkép kialakulásának folyamatát *Rief és Barsky* két szinten képzelel el. Első szinten a különböző pszichofiziológiai mechanizmusok alapozzák meg a kórképet, a második szint viszont az attitűdinális, figyelmi rendszer, amely az előbbi adatokat mintegy megszűrve, azokat patológiássá torzítja, és a kórkép tünettanát meghatározza [31].

Tovább szaporíthatnánk a különböző elnevezések alatt megjelenő neurózisutódok számát. Idesorolhatjuk például a *krónikus fáradtság szindrómát* is (CFS). Külön fejezetet érdemelne a depresszió sorsa. Az 1980 előtt leggyakoribb pszichiátriai diagnózis, a neurotikus depresszió eltűnt. Helyette a „depresszió” inflálódott extrém mértékben (és természetesen vele együtt bővült az antidepresszív szerek piaca is).

Az új osztályozási rendszerekkel kapcsolatos problémák

Az újabb és újabb átdolgozások során a pszichiátriai kategóriák egyre finomodnak, kritériumaik pontosabbá válnak. Ugyanakkor azonban egyre több az olyan beteg, akinek állapotát egy kategóriával nem írható le teljesen, vagyis állapotát inkább több kategória együttes fennállása jellemzi. A DSM-IV 1994-es kiadása már kifejezetten arra biztatja az orvost, ha szükséges, adott esetben bátran alkalmazzon egyszerre több kategóriát is. A betegek tehát nem „hagyják magukat” kategóriákba rendezni, az átmeneti formák számos változatát kínálják fel az orvosnak. Ennek megfelelően elterjedt a „komorbiditás” kifejezés, amely azt sugallja, hogy ugyanannak a személynek egyszerre több betegsége is van. (Tendenciájában ez természetesen több gyógyszer fogyasztásával jár együtt.)

Az új osztályozási rendszerek egyértelműen szaktítottak a dimenzionális gondolkodással. Az egzaktuság oltárán feláldozták a neurózis (és más kórállapotok) elemzésének történeti aspektusát, a személyiség fejlődésének dinamizmusát. A betegség időbeli lefolyása és az egyéni élettörténettel való szerves összefonódása nem áll többé az érdeklődés előterében. Ehelyett szigorúan rögzített, nemegyszer azonban önkényes kritériumrendszer alapján képezzük „diagnosztikai” egysé-

geket. (Például időegység alatt hány pánikroham kell a „pánikbetegség” kimondásához.)

A neurózis felbomlásával megjelenő utódkategóriák szakmai-mentális konstruktumok, amelyeket a valóságra illesztünk, nemritkán erőltetünk. Ugyanakkor egyre több olyan kutatás lát napvilágot, amely arra utal, hogy ezek a pontosan kimunkált kategóriák az idő függvényében nem stabilak, egymásba átalakulnak. Erre az álláspontra helyezkedett a 2005-ben megrendezett nemzetközi szorongáskongresszus is (San Diego). Többen úgy vélik, hogy a „generalizált szorongás” című kategória önálló léte megkérdőjelezhető [32].

A fentiekben röviden vázolt fejlődés arra utal, hogy a neurózisok átfogó értelmezésére az orvosi modell nem elégséges. Az ember biopszichoszociális szféráját, valamint szubjektumát is átható, végső soron szenvedéssel jellemezhető állapotokat csak egy általánosabb keretben értelmezhetjük.

A nevezéktan átalakulásának filozófiai háttere

Az orvosi gondolkodás nem független az emberi civilizáció szellemtörténetétől. A pszichiátria, ezen belül a neurózistan nyelvezetének radikális átalakulása tükrözi az orvosi-pszichológiai elméletalkotás és a bölcséleti áramlatok közötti láthatatlan kapcsolatokat, a szellemtörténet mozgásait.

Az átfogó, általános fogalmak sorsa már a középkor gondolkodásában is a viták középpontjában állott. Vagyis, hogy az általános fogalmaknak van-e reális (ontológiai) léte, avagy azok csupán mentális képződmények? Az „univerzália vitájának” nevezett történet során hol a nominalista, hol a realista álláspont került előtérbe. Az előbbi nézet szerint az általános fogalmak csak „nevek”, a realisták szerint viszont az általános fogalmaknak is van saját léte.

Ebben az összevetésben a neurózis fogalmának felbomlása egy nominalista irányba történő látszólagos elmozdulás: a „neurózis” nem létezik, csak neurózisok (utódkategóriák). Ugyanakkor azonban kiderül, hogy az utódkategóriák is csak „nevek”. Mégis, az új rendszert megalkotóinak tudományos teljesítménye, majd az orvosi gyakorlat sikerei nyomán az utódkategóriák önálló ontológiai létet nyernek (jóllehet, azok csak szakmai konstruktumok, vagyis „nevek”). Az utódkategóriákat reáliákként kezeljük, vagyis önálló (betegség-) létet tulajdonítunk nekik.

Ez a látszólagos szellemi zűrzavar jól tükröződik a posztmodern gondolat megjelenésében. *Jacques Derrida* „dekonstrukció” kifejezése azt a posztmodern felfogást tükrözi, amelyben fogalmaknak nincs központi magja, csak különböző értelmezési keretei. Ez utóbbiak változékonyak, közöttük azonban hierarchiát felállítani nem lehet. *Derrida* elgondolása elsődlegesen az irodalomtudomány és a bölcsélet területén vált ismertté, egy időben akár divatossá is [33]. A szó maga a heideggeri

„destrukció” kifejezés kissé módosított változata, amely kifejezi, hogy egy már megalkotottat bontunk elemeire és ezáltal „öljük meg”.

A jelenség, amelyet a fogalom felfed, a pszichiátriában (sőt az orvostudományban) is tetten érhető. A dekonstruált neurózis az utódkategóriák konglomerátumaként kavarg, változik. Számos vizsgálat utal arra, hogy az új neuróziskategóriák egy konkrét személyen belül is változékonyak, a beteg az idő függvényében más és más diagnózist kaphat. A neurózis feldarabolásának ideológiája többek között az volt, hogy a fogalom túlzottan is „ideológiával terhes” (például pszichoanalízis). Emellett egyes hagyományos neuróziskategóriák pejoratívak (például hisztéria), de maga a neurózis is értékítéletekkel terhes. Most kiderül, hogy az új rendszer kategóriáit is jelentős részben ideológiák szülték (például a PTSD).

A „személy” antropológiai fogalma, amely hordozza a szabadság, a méltóság, igazságosság, erkölcs, boldogság stb. attribútumokat, nem „dekonstruálható”, mint ahogy *Derrida* is állítja. A „személyiség” pszichológiai kategóriája viszont az egyedi sajátosságok számos változatával jellemezhető. Tanulmányom lényege ebben ragadható meg: a neurózis sem dekonstruálható, hiszen végső soron a személy (és nem a személyiség) attribútumaként határozhatjuk meg. A neurózis utódkategóriái viszont a személyiség fogalmához sorolhatóak: a személy egyedi adottságait összesítő fogalom részei. A „neurózis” osztatlan fogalma ugyanis a személy (és nem a személyiség) ontológiai dimenziójának részeként értelmezhető. A neurózis ebben az értelemben nem „betegség”, hanem a személy viszonya önmagához, a szenvedéshez, az élet értelméhez, a boldogsághoz stb. Látjuk, hogy a „dekonstruált” neurózist „megöltük”, utódai azonban – ontológiai erő híján – szakmai, gazdasági, nyilvánosságbeli, sőt politikai érdekcsoportok áldozatává válnak (lásd például a PTSD-vel vagy akár a depresszióval való társadalmi kommunikációt).

Pethő kritikai elemzése a dekonstrukcionizmust a „lét csödeljárásának” nevezi a létezés (az utódkategóriák) megmentése érdekében. Egészében elítéli a szövegbe ágyazott „szövegámításokat”. Hatalmi törekvéseket sejt az elmélet háttérében [34]. A dekonstrukcionizmus tagadja, elveti a modern társadalom „nagy beszélyeit” (Grands récits, metanarratives, J-F. Lyotard), mint a tudomány, a vallás, az erkölcs, az identitás stb. [35]. Félő, hogy a neurózis nevű metanarratíva is ennek esett áldozatul.

A „neurózis” rehabilitációja

Az orvosi szemiológia mai helyzetében a neurózis gyűjtőfogalomként használható. Ugyanakkor a neurózis szó alkalmas arra, hogy átfogó értelmezési kerete legyen mindannak a közösnek, ami a neurózisok sokféle konkrét alakja mögött föllelhető, és amely meghaladja az orvosi vagy egyéb modellek kereteit. Ilyen módon a

„neurózis” kifejezésnek heurisztikus értéke van, utal arra, hogy az egyes konkrét állapotok egy – a személy totalitását érintő – zavar konkrét megnyilvánulásai. A neurózis átfogó értelmezéséhez két logikai lépésen át juthatunk el.

Egyrészt abból indulunk ki, hogy a neurózisok lényeges, közös ismérvei az „utódkategóriákban” elrejtve megjelennek ugyan, de többnyire nem részei a diagnosztikai kritériumoknak. Másrészt megállapítjuk, hogy az orvosi gondolkodási modell a személy egészét érintő zavar megragadására nem elégséges. Ezért a felismert közös vonásokat egy filozófiai-antropológiai értelmezési keretbe illesztjük.

A neurózisok közös ismérve mindenekelőtt a szenvedés, az örömképesség elvesztése. A neurózisban sajátos kognitív stílus (diszfunkcionális beállítódások: balhitek együttese) uralkodik el. A személyre negatív élménymód jellemző. Negatív szűrőn át éli meg a valóságot, embertársait, a jövőt, főképp pedig önmagát. Ennek megfelelően a neurózis negatív önképpel (vagy ennek narcisztikus kompenzációjával) jár együtt.

A neurózisfogalom újraértelmezése másrészt azt jelenti, hogy a felismert közös vonásokat egy átfogó emberkép keretébe illesztjük, amelyben a szubjektum újra elnyeri méltó rangját.

A neurózis a szubjektum zavara, amelyben az egyének önmagához való viszonya tárul fel. Az esetek nagy részében ez a viszony negatív jellegű, azaz az énérvény információk negatív értékmozzanatot vesznek fel (negatív önkép).

A neurózisokban továbbá a létezéshez való sajátos viszony jelenik meg. A neurotikus egyének inkább a valóság hiánymozzanataira nyitottak, arra reagálnak, ami nincs jelen (de jelen kellene lennie). A neurotikus léte negatív terminusokban nyer megfogalmazást. Az idő végtelen tengelyén a „még nincs” és a „már nincs” közé szorult (szorongó) „nem nincsként” jellemezhető. Minél súlyosabb az állapot (azaz minél valószínűbb, hogy betegségként is megjelenik), annál inkább a negatív öndefiníció kerül előtérbe. E személyek önmagukat inkább léthiányokból rakják össze. („Én nem vagyok olyan...”) Ha az ember sorsát a Lét és a Semmi közötti kivetettséggel jellemezzük (Sartre), a neurotikus mintha közelebb volna a Semmihez [36].

Az időhöz való viszony ugyancsak sajátos. A neurotikus időben létre jellemző, hogy a múlt nem zárul le, a jövő ellenben eleve lezárt. Nem tud elszakadni a múlttól, jövőképe ugyanakkor nincs vagy eleve elrendelt sablonok kivetülése (idő-inverzió) [37].

„A neurózisok lélektana: az emberi szív lélektana” – írta *Schultz*, a nagy orvos pszichoterapeuta. A neurózis fogalmának átfogó értelmezése (azaz rehabilitációja) arra is ráébreszti az orvost, hogy a kategóriák (azaz „betegségek”) mellett szenvedő egyénnel és közösségekkel van dolga. E szenvedés egyéni gyökereinek feltárása a beteggel való közös munka, amely egyben már a gyógyító folyamat részét is képezi.

Irodalom

- [1] Kopp, M., Skrabski, Á.: Social groups specially endangered of neurosis. In: Münnich, I. (ed.). Studies on social accommodation defects. [A neurózis szempontjából különösen veszélyeztetett társadalmi csoportok. In: Münnich, I. (szerk.). Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról.] Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1987, 143–169. [Hungarian]
- [2] Eysenck, H. J.: Personality and the law of effect. In: Berlyne, D. E., Madsen, K. B. (eds.). Pleasure, reward, preference. Academic Press, New York, London, 1973, 133–166.
- [3] Schepank, H.: Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen. Springer Verlag, Berlin, 1974.
- [4] Knoff, W. F.: A history of the concept of neurosis, with a memoir of William Cullen. Am. J. Psychiatry, 1969, 127, 80–84.
- [5] Tringer, L.: Textbook of psychiatry. 4th revised edition. [A pszichiátria tankönyve. IV. átdolgozott kiadás.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [6] Tringer, L.: The depressive neurosis. In: Seva, A. (ed.). The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Antropos, Barcelona–Zaragoza, 1991, 667–678.
- [7] Duncan-Jones, P.: Modelling the aetiology of neurosis: long-term and short-term factors. In: Cooper, B. (ed.). Psychiatric epidemiology, progress and prospects. Croom Helm, London, 1987, 178–191.
- [8] Eysenck, H. J.: Manual of the Maudsley Personality Inventory. Univ. Press, London, 1959.
- [9] Tringer, L.: The Hungarian version of the Personality Inventory of Brengelmann. [A Brengelmann-féle személyiségvizsgáló kérdőív magyar változata.] Magyar Pszichológiai Szemle, 1969, 26, 477–491. [Hungarian]
- [10] Bouhuys, A. L., Flentge, F., Oldehinkel, A. J., et al.: Potential psychosocial mechanisms linking depression to immune function in elderly subjects. Psychiatry Res., 2004, 127, 237–245.
- [11] Saulsman, L. M., Page, A. C.: The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. Clin. Psychol. Rev., 2004, 23, 1055–1085.
- [12] Benjamin, B. L.: Public health significance of neuroticism. Am. Psychol., 2009, 64, 241–256.
- [13] Cuijpers, P., Smit, P., Penninx, B. W. J. H., et al.: Economic costs of neuroticism. Arch. Gen. Psychiatry, 2010, 67, 1086–1093.
- [14] Chaturvedi, S. K., Bhugra, D.: The concept of neurosis in a cross-cultural perspective. Curr. Opin. Psychiatry, 2007, 20, 47–51.
- [15] Kerr, T. A., Roth, M., Schapira, K.: Prediction of outcome in anxiety states and depressive illnesses. Brit. J. Psychiatry, 1974, 124, 125–133.
- [16] Duncan-Jones, P.: Modelling the aetiology of neurosis: long-term and short-term factors. In: Cooper, B. (ed.). Psychiatric epidemiology, progress and prospects. Croom Helm, London, 1987, 178–191.
- [17] Canli, T.: Toward a neurogenetic theory of neuroticism. Ann. N.Y. Acad. Sci., 2008, 1129, 153–174.
- [18] Sutlin, R. A., Terracciano, A., Deiana, B., et al.: High neuroticism and low conscientiousness are associated with interleukin-6. Psychol. Med., 2010, 40, 1485–1493.
- [19] Flint, J.: The genetic basis of neuroticism. Neurosci. Biobehav. Rev., 2004, 28, 307–316.
- [20] Lesch, K. P., Bengel, D., Heils, A., et al.: Association of anxiety related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. Science, 1996, 274, 1527–1531.
- [21] Risch, N., Zhang, H.: Extreme discordant sib pairs for mapping quantitative trait loci in humans. Science, 1995, 268, 1584–1589.
- [22] Munafò, M. R., Brown, S. M., Hariri, A. R.: Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and amygdala activation: a meta-analysis. Biol. Psychiatry, 2008, 63, 852–857.
- [23] Gray, J. A., McNaughton, N.: The neuropsychology of anxiety. Oxford University Press, Oxford, 2000.
- [24] Johnson, W.: Genetic and environmental influences on behaviour: Capturing all of the interplay. Psychol. Rev., 2007, 114, 423–440.
- [25] Tringer, L., Csorba, J., Pintér, K., et al.: Entwicklungsstörungen des Selbstkonzepts und elterliche Rollenerwartungen. In: Risikobewältigung in der lebenslangen psychischen Entwicklung. Wilhelm Pieck Universität, Rostock, 1987, 53–55.
- [26] Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., et al.: Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. J. Abnorm. Psychol., 1987, 96, 179–183.
- [27] Feygin, D. L., Swain, J. E., Leckman, J. F.: The normalcy of neurosis: Evolutionary origins of obsessive-compulsive disorder and related behaviours. Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry, 2006, 30, 854–864.
- [28] Tringer, L., Farkas, M.: The “Pre-traumatic” stress disorder in persons with claim for non-financial damages. [„Pre-traumás zavar” nem vagyoni kárigénnyel fellépőknél.] MPT XIII. Vándorgyűlés, Szeged, 2004. [Hungarian]
- [29] McHugh, P. R., Treisman, G.: PTSD: A problematic diagnostic category. J. Anxiety Disord., 2007, 21, 211–222.
- [30] Deary, V., Chalder, T., Sharpe, M.: The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. Clin. Psychol. Rev., 2007, 27, 781–797.
- [31] Rief, W., Barsky, A.: Psychobiological perspectives of somatoform disorders. Psychoneuroendocrinology, 2005, 30, 996–1002.
- [32] Judd, L. L.: Clinical and public health significance of anxiety disorders. Proceedings of the Symposium on Generalized Anxiety UCB, San Diego, 1995.
- [33] Derrida, J.: De la Grammatologie. Les Édition de Minuit, Paris, 1967.
- [34] Pethő, B.: The relation. The literature is riposting. [Viszony. Irodalom visszavág.] Új folyam, 2003, 17. [Hungarian]
- [35] Botond, Gy.: The magic of medias. Suggestibility in the post-modern. [Médiámágia. Szuggesztibilitás a posztmodernben.] Botond Kiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [36] Tringer, L.: An analysis of the suffering existence. In: Füredi, J., Buda, B. (eds.). Musas on sofa. Psychotherapy and culture. [A szenvedő lét elemzése. In: Füredi, J., Buda, B. (szerk.). Múzsák a díványon. Pszichoterápia és kultúra.] Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1992, 119–130. [Hungarian]
- [37] Tringer, L.: The suffering existence and the time. [A szenvedő lét és az idő.] Magyar Pszichológiai Szemle, 1994, 34, 263–266. [Hungarian]

(Tringer László dr.,
 Budapest, Balassa u. 6., 1083
 e-mail: tringer.laszlo@med.semmelweis-univ.hu)